Mutismus hystericus.

INAUGURAL-DISSERTATION

der medicinischen Fakultät

der

KAISER-WILHELMS-UNIVERSITÄT STRASSBURG

zur Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

Jacob Regnery

aus Hermeskeil.

STRASSBURG i. E.

Buchdruckerei M. DuMont-Schauberg.

1891.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät der Universität Strassburg.

Referent: **Prof. Dr. Naunyn.**

Dem Andenken

seines verstorbenen Vaters in pietätvoller Erinnerung

gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542727_0063

Mutismus hystericus ist eine der seltenen Erscheinungen in dem reichen Symptomencomplex der Hysterie.

Es dürfte darum angezeigt erscheinen, gewissermassen als Einleitung zu meiner Arbeit und als Übergang von dem Ganzen zu dem als Vorwurf gestellten Einzelnen eine gedrängte Definition der Hysterie, soweit sich dieselbe uns nach den jüngsten Forschungen darbietet, zu bringen. Wohl nicht mit Unrecht spricht man von der Proteusnatur dieser Erkrankung, legt ihr das keineswegs schmeichelhafte Epitheton Chamäleon bei angesichts der noch heute zu Recht bestehenden Anschauung, dass keine von sämtlichen Krankheiten des Nervensystems eine solch grosse Mannigfaltigkeit der Erscheinungsweisen darbietet, als die Hysterie. Es leuchtet damit die Schwierigkeit ein, die Krankheit in den Rahmen eines scharf abgegrenzten, um nicht zu sagen einheitlichen Bildes zu bringen, das für alle Formen, unter denen sie auftreten kann, Gültigkeit hätte.

Es mutet uns heutzutage ganz eigentümlich die alte Ansicht an, wonach die Hysterie, wie schon der Name besagt (ἡ ὑστέρα = Gebärmutter) in Zusammenhang mit dem Uterus, überhaupt mit den Geschlechtsorganen, gebracht wurde. Nach dem Raisonnement der Ärzte des Altertums und des Mittelalters war eben der Uterus eine unter Umständen gefährliche Bestie, deren einziges Trachten darauf ausging, Kinder zu gebären. Wird der Wunsch der Bestie nicht erfüllt, so wird sie wütend, rast im ganzen Körper umher, ja, sie rumort sogar bis in den Hals hinein (globus hystericus).

Wenn man auch in fortschreitender Zeit und Erkenntnis das Märchenhafte von der Vorstellung abstreifte, so schleppte sich doch bis in die neue Zeit, bis auf Briquet die Anschauung durch, dass der unbefriedigte Geschlechtstrieb bei den meisten Frauen, absonderlich bei alten Jungfern und Wittwen die einzige Ursache der Hysterie sei. Briquet führte unter anderm als Gegenargumente die Enthaltsamkeit, die den religiösen Orden auferliegt, und die durchaus keine Hysterie zur Folge habe, an. Im Gegenteil und des Weitern fand Briquet unter 199 öffentlichen Dirnen 106 Hysterische, 28 Nervöse und nur 65 nicht nervenkrank.

Von deutschen Ärzten hat namentlich Hasse die Ehre des zarten Geschlechtes gegenüber den früheren vagen Anschuldigungen in feiner und würdiger Weise in Schutz genommen. Kurzum, mit den alten Anschauungen musste mit Recht aufgeräumt werden, erst recht bei der unumstösslichen Erkenntnis, dass eine nicht geringe Anzahl von männlichen Individuen von Hysterie befallen wird.

Gleichwohl sind wir bis zur Stunde noch nicht so weit vorgerückt, um den anatomisch-pathologischen engern Sitz der Erkrankung feststellen zu können. Die Erklärungen sind immer noch allgemeiner und dehnbarer Natur.

Ich beschränke mich darauf, nur einige von berufenen Autoritäten der Neuzeit auf neurologischem Gebiete zu citiren: Ad. Seeligmüller schreibt (Lehrbuch der Krankheiten des Rückenmarks und Gehirns, 1887): „Die Hysterie ist eine Krankheit, welche fast ausschliesslich das weibliche Geschlecht befällt und nicht diese oder jene Abteilung des nervösen Apparates betrifft, sondern das ganze Nervensystem in einen Zustand von andauernder Störung versetzt, welcher fortwährend schwankt zwischen Exacerbationen und Remissionen;

ihre Erscheinungen äussern sich im Bereiche der sensiblen, motorischen, vasomotorischen und trophischen Nerven, sowie auf psychischem bald unter der Form der Reizung, bald unter der der Depression, und zwar so mannigfaltig combinirt, und so schnell mit einander abwechselnd, wie die Farben des Chamäleon."

Bei dieser gegebenen Erklärung wäre es wohl angesichts der Behauptungen anderer sehr achtbarer (so z. B. Charcot) Autoren wie der Beobachtungen der Strassburger medicinischen Klinik angezeigt, den Ausdruck Seeligmüller's, dass die Hysterie „fast ausschliesslich" das weibliche Geschlecht befalle, einer Correctur in erweiterndem Sinne insofern zu unterziehen, als eine recht beträchtliche Anzahl von männlichen Individuen der Hysterie unterworfen ist. Möglich, dass die alte Anschauung über Hysterie doch noch etwas bis in die Neuzeit hinüberspielt, wenngleich auch wieder nach der Suche auf Hysterie, in specie mutismus, gar häufig im Gegenteil der Weg auf eine falsche Fährte führt. In diesem letztern Sinn sei es mir gestattet, eine von Professor Revilliod (Revue med. de la Suisse romande. 1883. Nr. 10) angestellte Beobachtung anzuführen. Revilliod teilt mehrere Beobachtungen mit von Kranken, zwei männlichen und zwei weiblichen, die er für Hysterische hält und bei denen er einen charakteristischen Verlust der Sprache, zum Teil sogar jedes Lautes constatirte.

Ehe ich weiter citire, möchte ich hier schon einschalten, dass bei dem Vorhandensein von mutismus hystericus im Gegensatz zur Aphonie das Hervorbringen von Lauten niemals vorkomnt, somit die vorstehende Ausdrucksweise „zum Teil" sich unbedingt auf einen Krankheitsfall zu beziehen hat, der zu allernächst nicht mutismus hystericus war.

Doch ich fahre fort mit den von Revilliod beobachteten Fällen: Zwei dieser Fälle wurden von Dr. Wyss genau laryngoskopisch untersucht und dabei Folgendes gefunden: Die Ab- und Adduction der Stimmbänder ging ganz gut von Statten, aber die Spannung der Stimmbänder fehlte, dieselben zeigten sich faltig, buchtig, flottirend in der Atemluft. Bei dem Versuche, ein Wort oder einen Ton hervorzubringen, erfolgte absoluter Verschluss der Stimmritze, und es bedurfte einer gewissen inspiratorischen Anstrengung, um die Respiration wieder in Gang zu bringen.

Revilliod hält dafür, dass in diesen Fällen die vom N. laryngeus sup. innervirten Musc. crico-tyreoidei, welche die Spannung der Stimmbänder besorgen, gelähmt sind, bei ungestörter Thätigkeit der vom N. recurrens versorgten Muskeln; und zwar sei diese isolirte Lähmung des N. laryngeus sup. ein pathognomisches Zeichen bestehender Hysterie.

Weitere Symptome dabei waren „ein gewisser Grad von Anästhesie“ am Isthmus faucium und am Eingang zum Larynx; ferner ein empfindliches Gefühl von Atemnot. Electricität und Strychnin-Injectionen zeigten sich am wirksamsten.

Nachdem Revilliod obige Beobachtungen in der medicinischen Gesellschaft zu Genf (den 5. Septbr. 1883) vorgetragen hatte, wurde in der Discussion von verschiedenen Seiten bestritten, dass bei den mitgeteilten Fällen es sich um Hysterie gehandelt hätte; auch würde eine blosse Lähmung des N. laryngeus nicht völlige Stummheit erzeugen können.

Nach diesen Abschweifungen, die mir aber trotzdem zur Sache zu gehören scheinen, komme ich zu den Ausführungen des auf neurologischem Gebiete hervorragenden Professors Jolly, eines meiner hiesigen Lehrer.

Derselbe äussert sich also: „Hier haben wir es also mit verschiedenartigen krankhaften Reflexen zu thun, deren Übertragung im Gehirn stattfindet und deren Ursache vermutlich in einem Zustand erhöhter Reizbarkeit in den sensiblen Abschnitten des Gehirns zu suchen ist. Das Vorhandensein eines solchen Zustandes beweisen auch die in vielen Fällen vorkommenden Hallucinationen.

Die Krankheit gehört in die Classe der Neurosen, und zwar gehört sie jenen Neurosen an, welchen man in Ermangelung genügender Kenntnis ihrer anatomischen Grundlage vorderhand noch das Beiwort der „functionellen“ zuteilen muss. Als allgemeine Neurose ist die Hysterie ferner deshalb zu bezeichnen, weil ihre Symptome auf eine Beteiligung der verschiedensten Teile des Nervensystems schliessen lassen, mit Bestimmtheit auf die des Gehirns und Rückenmarks, mit grösster Wahrscheinlichkeit auf die des peripheren und namentlich auch des sympathischen Nervensystems.“

Im Anschluss hieran sagt Jolly weiter:

„Es ist wahrscheinlich, dass ein Teil der Hyperästhesien und Reflexkrämpfe von einem Zustande gesteigerter Reizbarkeit in den sensiblen Teilen des Rückenmarks abzuleiten ist. Dieser Zustand kann sich über die ganze Höhe des Rückenmarks erstrecken oder nur in einzelnen Abschnitten desselben vorhanden sein.“

Die meisten Verdienste um die Erforschung der Hysterie dürfte sich unstreitig Charcot erworben haben.

Ein absonderliches Verdienst Charcot's ist es, namentlich auf das Vorkommen von Hysterie bei männlichen Individuen hingewiesen zu haben. Eigentümliche Krampfanfälle, charakteristische Sensibilitätsstörungen, Hemianästhesien u. drgl., ferner Störungen an den Sinnesorganen, besonders Einengung des Gesichtsfeldes, das Vorkommen hysterogener Puncte, abnorme Reflexe,

dann die Neigung zu motorischen Störungen, als da sind Lähmungen und Contracturen, die er bei Männern beobachtete, machten es bei ihm zur Gewissheit, dass alle diese Fälle der Hysterie anzureihen seien. Wenn er auch im Ganzen und Grossen in den Erscheinungen bei den beiden Geschlechtern keinen wesentlichen Unterschied fand, so fühlte er sich doch veranlasst, die Anfälle bei Männern als bedeutend schreckenerregender zu bezeichnen.

Andere Forscher wieder, wie Guinon, machen mehr auf das schweigsame, mürrische Wesen der von Hysterie befallenen Männern gegenüber der häufig muntern und erotischen Stimmung der Frauen aufmerksam.

Charcot konnte auch bei Männern die Ursache der Erkrankung nicht mit der Geschlechtsthätigkeit in Zusammenhang bringen.

Bei dem nicht genug schätzbaren Hinweis Charcot's auf die sogenannten hysterogenen Puncte ist dem grossen Gelehrten nun doch ein Irrtum unterlaufen, als er da behauptet, es sei eine interessante und merkwürdige Thatsache, dass diese Puncte nie an den Extremitäten zu finden seien. Diese Puncte sind nach ihm mehr oder minder gut begrenzte Körperstellen, in deren Bereich ein Druck oder ein einfaches Reiben der Haut mehr oder minder rasch die Phänomene der hysterischen Aura erzeugt, auf welche mitunter, wenn man die Reizung lange genug fortsetzt, ein hysterischer Anfall folgen kann. Diese Puncte, oder besser Zonen, zeigen noch die Eigentümlichkeit, dass sie der Sitz einer beständigen Empfindlichkeit sind. Man finde sie an der Vorderfläche des Rumpfes, im Bereich der Medianlinie, unterhalb der Clavicula, unterhalb der Brust und in der Ovarialgegend bei Frauen, und in der Ingunialgegend bei Männern; an der Rückseite zwischen den Schulterblättern, manchmal über dem Schulterblattwinkel, in

der Lendengegend rechts oder links von der Mittellinie und am Steissbein. Beim Manne sehe man nicht selten den Hoden in eine hysterogene Zone einbezogen. Am Kopfe finden wir solche Zonen auf der einen oder andern Seite im Bereich des Vorderhauptes.

Ebenfalls ein Franzose, Gaube, hat in einer unter Pitres in Bordeaux gemachten Arbeit den Nachweis geliefert, dass auch an den obern und untern Extremitäten hysterogene Zonen vorkommen und dass diese dieselben Eigenschaften haben wie die am Rumpf oder am Kopf bekannten.

Auch ich war in der Lage, an einem mir auf hiesiger Männerabteilung der medicinischen Klinik zur Beobachtung überlassenen Falle entgegen der Charcot'schen Behauptung die Gaube'schen Beobachtungen bestätigen zu können. Ich komme im Spätern bei der Vorführung des von mir beobachteten Falles auf diesen Umstand zurück.

Als ätiologische Momente der Hysterie endlich erblickt man zumeist erbliche Belastung, insofern als die Eltern oder Grosseltern selbst von Nervenkrankheiten, absonderlich Epilepsie oder Hysterie befallen waren. Oder die Hysterie trat bei dem Kranken als Folgeerscheinung von einer überstandenen schweren fieberhaften Krankheit, nach einem Unglücksfall, nach einem blossen Schreck oder nach einem Trauma auf. Inwieweit Syphilis oder Alcoholismus mit Hysterie in Zusammenhang zu bringen ist, lässt sich zur Zeit nicht bestimmen.

Um nun auf den hysterischen Mutismus zu kommen, so habe ich denselben bereits als eins der seltensten Symptome der Hysterie bezeichnet. Man versteht darunter im Gegensatz zu andern Störungen des Sprachorgans einen ausgesprochenen Zustand von Stummheit, der nicht das geringste Hervorbringen von Lauten zulässt. Charcot's Untersuchungen sind in Bezug auf diese

Erscheinung bahnbrechend, so dass ich mir wohl gestatten darf, folgende von ihm gegebene Schilderung wiederzugeben: „Die hysterische Stummheit befällt sowohl Männer als Frauen, die Jugend wie die Erwachsenen. Sie beginnt ganz plötzlich nach einer heftigen Gemütsbewegung oder sie ist die Folge eines lebhaften Erschreckens, starker Angst, eines heftigen Zornausbruchs, oder endlich sie tritt im Anschluss an einen hysterischen Krampfanfall auf. So plötzlich wie der Anfang ist auch ihr Verschwinden. Zu den Gelegenheitsursachen gehört ausser den oben erwähnten auch eine geringfügige Laryngitis. Recidive sind nicht ausgeschlossen und können nach Wochen oder erst nach Monaten erfolgen. Die Sprache kehrt entweder plötzlich wieder oder es besteht ein gewisses Übergangsstadium, in dem der Kranke noch stottert und undeutlich spricht.

Es handelt sich nun keineswegs um irgend welche Lähmung der Zunge, die in ihren Bewegungen vollständig frei ist. Die Kranken können die Zunge herausstrecken und in jeder Richtung bewegen. Auch sind die Lippen intact. Es fehlt eben den hysterischen Stummen die Fähigkeit, die zur Articulation der Sprache nötigen Bewegungen zu produciren. Die Kranken sind noch stummer als ein gewöhnlicher Taubstummer, der doch in der Regel einen Schrei auszustossen vermag, während der hysterisch Sprachlose auch nicht einen Laut, nicht einen Ton hervorzubringen imstande ist.

Dieser Zustand der Sprachlosigkeit ist streng zu unterscheiden von der häufigeren hysterischen Aphonie, bei der es sich vielmehr nur um einen geringern oder höhern Grad von Heiserkeit handelt, der es dem Kranken immer noch ermöglicht, sich der Flüsterstimme zu bedienen. Während es nun den hysterisch Sprachlosen-Stummen vollständig unmöglich ist, durch die Sprache zu antworten, ist die Fähigkeit, seine Gedanken mimisch

und schriftlich auszudrücken, durchaus erhalten. Der Kranke zeigt das vollste Verständnis für alle Fragen, die man an ihn richtet: er ist sich aber seiner Unfähigkeit zu reden vollkommen bewusst, so dass er gar nicht erst den Versuch macht zu reden, sondern gleich nach Schreibmaterial greift oder dies Verlangen durch entsprechende Gesten auszudrücken versucht. Die Beantwortung der an ihn gestellten Fragen erfolgt sodann fast ausnahmslos in klarer und präciser Weise.“ So ungefähr lässt sich Charcot über das Wesen des hysterischen Mutismus aus.

Im Weitern möchte ich noch die Ansichten über den Sitz der hysterischen Stummheit, soweit sie mir zugänglich waren und sind, sich gegenüberstellen.

Mendel's Dafürhalten geht dahin, dass weder die Hirnrinde noch das Centrum für Sprache der Ausgangspunct der eigentümlichen Erkrankung sei, da fast alle Kranke dieser Richtung ein durchaus normales psychisches Verhalten zeigten, weder wortarm noch worttaub seien.

In allerneuester Zeit stellt sich B. H. Stephan dem entgegen. (Conf. Sur un cas de mutisme hystérique. Revue de méd. 1889. Nr. 9.)

Er führt folgende Beobachtung an: Ein 40 jähriger Bauer wurde in Folge einer heftigen Gemütsbewegung 4 Tage später plötzlich stumm. Am gleichen Tag fiel er ins Wasser und stürzte, nach Hause gekommen, ohnmächtig zusammen. Fast 2 Tage lang war das Bewusstsein nahezu gänzlich geschwunden. Gleichzeitig mit der Stummheit machte sich ein eigentümlicher Husten ohne Auswurf, ferner ein Gefühl innerer Unruhe, welche Symptome bei jeder Erregung stärker wurden, und eine Art von Hellsichtigkeit bei ihm bemerkbar. Im Übrigen war Patient gesund, zeigte keine weitern nervösen Symptome, und war hereditär nicht belastet.

Weder auf electrischem noch auf hypnotischem Wege konnte irgend eine Besserung erzielt werden. Stephan citirt im Anschluss hieran noch fünf Fälle aus der holländischen Literatur und zieht aus der Erfahrung, dass der hysterische Mutismus in Folge psychischer Einwirkung hervorzurufen und zu beseitigen ist (Suggestion, Isolirung) den Schluss, dass die Krankheit als eine totale motorische Aphasie functioneller Natur aufzufassen und der Ausgangspunct derselben in die graue Hirnrinde zu verlegen sei.

Zur Illustrirung des Krankheitsbildes sei mir nun gestattet, aus der Literatur einige Krankengeschichten, die als ausgesprochene Beispiele des hysterischen Mutismus anzusehen sind, zu bringen und denselben zwei in hiesiger Klinik behandelte anzufügen. Den einen Fall genau beobachtet zu haben und veröffentlichen zu dürfen, verdanke ich der gütigen Erlaubnis meines hochgeschätzten Lehrers, des Herrn Geheimrat Prof. Dr. Naunyn. Es ist mir eine sehr angenehme Pflicht, demselben dafür sowie für weiteres Entgegenkommen an dieser Stelle meinen ergebensten Dank auszudrücken.

Ich greife im Hinblick auf die Behandlung nicht ohne Absicht bei der Citirung von Fällen zurück bis zu einem im Jahre 1813 von dem englischen Schiffsarzt Dr. Watson beobachteten Falle, der ein schlagendes Beispiel für die neuerdings „bewusste“ Behandlung abgibt. Ich gebe möglichst getreue Übersetzung.

8. April 1813. Es beklagt sich der Matrose Daniel Lawler, 36 Jahre alt, von guter Gesundheit bis daher, des Morgens über Schwäche und heftiges Kopfweh. Im Laufe des Vormittags traten Convulsionen auf: die Gesichtsmuskeln sind arg verzerrt, vor dem Munde zeigt sich schaumige „Materie“. Puls beschleunigt. Diese Symptome halten nur kurze Zeit an, und es stellt sich dann die Besinnung wieder ein, ohne irgendwelches Unwohlsein zu

hinterlassen. Um 6 Uhr Abends tritt ein Rückfall ein mit denselben Symptomen unter Lachen und Schreien. Über seine Empfindungen befragt gibt Patient keine Antwort. Auf Wiederholung der Frage schüttelt Patient den Kopf und deutet auf seine Kehle, mit dem ersichtlichen Hinweis, dass er der Sprache beraubt sei. Puls 89. Die Behandlung wurde mit einem Aderlass eingeleitet: 12 Unzen Blut.

9. April: Der Kranke ist vollständig bei Besinnung. Die Kehlkopfmuskeln erscheinen auf beiden Seiten angegriffen und mit Krampf behaftet, so sehr, dass Patient keinen Laut ausstossen kann und nur mit Schwierigkeit feste Nahrung zu nehmen vermag. Die Muskeln des linken Unterleibs zeigen eine kleine Spannung. Puls 86.

Therapeutischer Eingriff ist folgender:
Applic. Emp. canth. gutturi
Spt. aether. sulph. gtts 40
Tinct. opii gtts XX, f. haust. III. quaqu.
hora sumendus.

Abends: Patient befindet sich noch in demselben Zustande, wenngleich das Pflaster gezogen hat. Des Mittags nimmt er etwas Sago zu sich. Seine Kehle scheint nicht mehr so angegriffen zu sein; doch zeigt er nach seinem Kopfe, der ihm anscheinend grosse Beschwerden macht. Puls wie am Morgen. Die Muskeln des Unterleibes sind noch straff und angezogen. Therapie für diesmal:

Aderlass: 12 Unzen Blut.
Cap. pulv. jal. gr. XXV. | Sub. hyd. gr. vi. statim.
Applic. Empl. vesicat. capiti.
Er erbrach die Medizin.

Der Kranke ist noch unfähig zu sprechen; er zeigt nach seiner Kehle, die indess keinen unnatürlichen Anblick bietet. Der Krampf ist beseitigt. Es wird ein Pflaster

auf den Kopf und die äussere Kehle gelegt. Puls 80. Es erfolgt zweimaliger Stuhlgang.

Cap. sub. hyd. gr. X.

Um 3 Uhr erfolgt Wiederkehr der Sprache mit dem Wunsche, etwas zu essen. Der Kranke klagt nur noch über Schwäche und leichtes Kopfweh. Medizin wurde ihm 5—6 mal gereicht, so dass sichtliche Erholung eintrat und Patient am 20. fähig war, seine gewohnten Arbeiten aufzunehmen.

Auf nachträgliches Befragen gibt er an, er habe die Empfindung gehabt, als hindere ihn die „Zusammenschnürung" der Kehle am sprechen und als ob etwas in der Kehle gewesen sei.

Dr. Watson hält dafür, dass die Krankheit zuerst der Epilepsie geglichen habe. Aber die Erscheinungen in der Kehle hätten für ihn die Symptome der Hysterie gehabt. Den Verlust der Sprache, 45 Stunden andauernd, habe er niemals als ein Symptom einer andern Krankheit erwähnen hören. — Am 29. April 1813 beobachtete Dr. Watson einen gleichen Fall. Er schlägt dieselbe Behandlung ein und sieht die Wiederkehr der Sprache schon am andern Morgen. Watson hebt hervor, dass andere Aerzte, wie z. B. Dr. Trotter, der Meinung seien, dass der Verlust der Sprache nichts mit Hysterie gemein habe.

Soweit Dr. Watson, dem man gern das Zeugnis eines ungleich der Mehrzahl seiner Collegen tüchtigen Beobachters ausstellt. Ihm schien nun — die damalige Zeit berücksichtigt — in zu entschuldigender Weise das Empl. canth. gewissermassen ein Specificum in seiner Anwendung gegen den Kehlkopfkrampf u. s. w. zu sein. Jedenfalls hat Watson schon für uns den Beweis erbracht, dass schmerzerregende Mittel in der Hand eines mit Energie und Besonnenheit arbeitenden Arztes eine nicht

zu unterschätzende Waffe bei der Bekämpfung des Mutism. hyst. sei.

Es scheint mir gerade hier der Platz zu sein, um die leitenden Grundsätze zur Heilung der hysterischen Stummheit anzudeuten. Und da erscheint mir ein Vortrag, gehalten im October 1889 von dem Privatdocenten Dr. H. Oppenheim (Nervenklinik der Charité zu Berlin) sehr beachtenswert insofern, als er von der Behandlung der Hysterie im Allgemeinen sagt:

„Wenn wir die therapeutischen Mittel näher betrachten, so lassen sich alle auf zwei Grundfactoren zurückführen: die hysterischen Lähmungszustände werden auf reflectorischem oder affectivem Wege geheilt.

Die Heilung auf affectivem Wege ist entweder eine Spontanheilung (ein Schreck, ein freudiges Ereignis), oder sie wird vom Arzte bezweckt, der in der Seele des Patienten den die Vorstellung: „jetzt geschieht etwas zu meiner Heilung, jetzt werde ich geheilt" begleitenden Affect erzeugt. Dass ein derartiger Affect Bahnen wieder frei zu machen im Stande ist, die der Wille nicht mehr betreten konnte, hat nichts Überraschendes. Damit ist auch das Verständnis eröffnet für das Erlöschen der Kraft eines bereits angewandten Heilmittels, für die Rolle, welche die Persönlichkeit des Arztes spielt u. s. w., für die Bedeutung eines dem Patienten besonders imponirenden Verfahrens u. s. w. Damit wäre aber auch die Thatsache erklärt, dass nichts dem Vorgange der Heilung mehr im Wege steht, als ein den Krankheitserscheinungen vom Arzte entgegengebrachtes Misstrauen oder kundgegebener Hohn, Vorwurf u. s. w., während im gegebenen Falle eine eiserne Strenge einen imponirenden Eindruck gewinnen und damit die Heilung anbahnen kann (das bewährt sich namentlich jugendlichen Individuen, besonders Kindern gegenüber). Es ist aber

keineswegs der freudige Affect, der aus der Überzeugung: „jetzt werde ich geheilt, jetzt kann ich die bisher gelähmten Glieder bewegen“, entspringt, welcher Heilung erzielt, sondern ebenso kann Schreck und Furcht wirken, wie z. B. die Fälle lehren, in denen das Vorzeigen von Instrumenten, vom Ferrum candens u. s. w. genügte, um Lähmungszustände zu beseitigen oder beim Ausbruch einer Feuersbrunst die bis dahin Gelähmte zu laufen im Stande war.

Der andere Weg ist der reflectorische. Auch ein energischer Hautreiz (faradischer Pinsel, eine Operation) kann im Stande sein, das Hindernis hinwegzuräumen; doch scheint es mir, als ob der Reflex meistens nicht unmittelbar einwirke, sondern durch Vermittelung des Affectes. (Beispiel: der Kranke sieht, dass sich auf den electrischen Reiz seine Muskeln contrahiren, es entsteht die Vorstellung: ich bin nicht gelähmt, und damit der Affect, der die Heilung anbahnt; oder der faradische Pinsel entlockt der an hysterischer Stimmbandlähmung leidenden Patientin einen Schreckensruf, sie entdeckt, „ich kann wieder sprechen“, die freudige Bewegung bedingt die Heilung.

Im Weiteren sagt Oppenheim nach meinem Dafürhalten sehr zutreffend: „Es ist ferner ersichtlich, dass mit der Heilung einer hysterischen Lähmung oder Anästhesie nicht die Hysterie geheilt ist; es ist ein Folgezustand der hysterischen Anlage beseitigt, aber nicht diese selbst. Bei der Bekämpfung der Hysterie selbst wird es sich im Wesentlichen um Vermeiden der Schädlichkeiten handeln, die das Affectleben in Thätigkeit versetzen und um Vermeidung und Beseitigung derjenigen schädlichen Factoren, die auf reflectorischem Wege das centrale Nervensystem beeinflussen.“

2. Fall. Derselbe betrifft einen von Herrn Dr. Schrader, 1. Assistenzarzt der hiesigen medicinischen Klinik, beob-

achteten und mir gütigst übermittelten Fall. Die Kranke heisst Hirsch Sarah, ist eine alte Pfründnerin und wurde am 12. December 1884 in hiesiger Klinik aufgenommen und am 1. März 1885 entlassen.

Die Familienanamnese ergibt, dass eine ältere Schwester der Patientin gleich dieser seit langem mit Zittern behaftet ist. Patientin selbst ist als Kind kränklich gewesen.

Einmal sei sie als junges Mädchen ernstlich erkrankt, nach Aussage des behandelnden Arztes an Nervenfieber. In Folge der Erkrankung sei die Regel früh eingetreten. Dieselbe habe stets starke Schmerzen im Gefolge gehabt bis zum Abgang von Klumpen geronnenen Blutes. In späteren Jahren will Patientin „wegen eines Gewächses im Leibe“ operirt worden sein, weitere Aufschlüsse darüber vermag sie nicht anzugeben; so weiss sie auch nicht ihr Alter anzugeben. Sie zittert seit mehreren Jahren an den Händen, der Kopf wackelt und die Beine knicken beim Gehen ein, wobei sie über Schmerzen klagt. Ebenso will sie seit geraumer Zeit Anfälle haben, bei denen ihr die Zunge in den Rachen zurücksinkt. Sie ist oft ausserstande zu sprechen; auch gelingt es ihr nicht, die Zunge mit den Fingern hervorzuziehen. Erst durch Anwendung von Electricität wird die Zunge wieder nach vorn gebracht. Die Kranke behauptet, von solchen Anfällen alle Dienstage befallen zu werden. Seit einigen Tagen zeigen sich drückende Schmerzen im Rücken und in der vorderen unteren Brusthälfte. Seit derselben Zeit besteht Husten ohne Auswurf, ebenso Appetitmangel und Stuhlverhaltung. Bei den Angaben über ihre verstorbenen Eltern und ihre leidende Schwester bricht Patientin in Weinen aus. — Der Status præsens ergibt Folgendes: Die Kranke ist eine gut genährte Person, mit faltiger, aber nicht welker Haut. Ihr Sensorium ist klar, doch ist das Ge-

dächtnis geschwächt, namentlich kann sie sich Zahlen und Daten nicht erinnern. Die Untersuchung der Brust- und Bauchorgane ergibt nichts Abnormes. Sie kann gehen, trippelt aber dabei, gleichzeitig zittern Kopf und Hände. Die Zunge wird gerade hervorgestreckt, zittert aber dabei etwas. Die Sprache ist scandirend. Patellar-Reflex, Kitzelreflex an der Fusssohle normal, ebenso Bauchreflex; desgleichen sind keine Reflexe beim Beklopfen der Handwurzelgegend zu erzeugen. Sensibilität intact, vielleicht etwas verlangsamte Leitung. Nach Voraussage der Patientin tritt am ersten Dienstag ihrer Aufnahme ins Hospital der Zungenkrampf ein, in der Weise, dass die Zunge weit in die Mundhöhle zurücksinkt unter Verlust der Sprache. Die Application eines starken faradischen Stromes löst sofort den Krampf. Sie hustet bellend mit metallischem Beiklang, indess finden sich bei laryngoskopischer Untersuchung nur normale Verhältnisse vor.

Im weiteren Verlauf der Krankheit tritt der Zungenkrampf etwas häufiger ein, schwindet aber sofort nach Anblasen mit einem leeren Sprayapparat. Das Zittern des Kopfes und der Hände nimmt an Stärke zu. Eine am 6. Januar 1885 angestellte Untersuchung ergibt folgende Resultate:

Gehör: Patientin hört eine leise tickende Taschenuhr beiderseits auf etwa 10 cm. Die Stimmgabel wird vom Scheitel aus nach links hin besser gehört; durch Luftleitung wird sie beiderseits länger gehört als durch Knochenleitung.

Geometrische Körper werden beiderseits richtig und prompt erkannt.

Geruch: Asa fœtida hält sie für Campher
Spir. camphor. „ „ „ Eau de Cologne
Ol. fœni culi „ „ „ „Nägele“

Geruch: Ol. menth. pip. hält sie für Eau de Cologne
Tinct. valer. æth. „ „ „ Chloroform
(„das man zum Schlafen bekommt, wenn man geschnitten wird“).

Geschmack: Auf der vordern Zungenhälfte: Zucker schmeckt bitter, Kochsalz salzig, Chinin gallenbitter, Weinsteinsäure beisst wie Pfeffer.

7. Januar 1885. Nachmittags fand man die Kranke bewusstlos, die Bulbi in höchstem Grade nach oben rotirt, die Lider krampfhaft geschlossen. Der geschlossene Mund lässt sich passiv leicht öffnen. Die Arme sind im Ellenbogen rechtwinklig gebeugt, Hände leicht geschlossen, Daumen nicht eingeschlagen. Hände und Finger sind in tremorartiger Bewegung. In Zwischenräumen von 10—20 Secunden macht sich ein plötzlich eintretendes Zusammenzucken des ganzen Oberkörpers bemerkbar, namentlich der Arme im Ellbogengelenk, darauf stärkerer Tremor. Das rechte Bein steht im Kniegelenk in Beugecontractur und ist von Tremor ergriffen: das linke nicht. Die Herzaction ist bis auf 48 verlangsamt. Die Dauer des Anfalls, der durch Anwendung des Äthersprays auf die Stirn coupirt wurde, erstreckt sich auf 3—4 Minuten. Seit diesem Tage kehrt jeden Abend ein Anfall der beschriebenen Art wieder, der durch Kopfschmerz der linken Stirnhälfte eingeleitet wird. Man kann ihn durch Anblasen des Gesichts mittels des leeren Sprayapparates coupiren.

20. Januar 1885. Nachmittags stellte sich ein kataleptischer Anfall ein. Das Bewusstsein fehlt anscheinend, doch zeigt sich Zucken mit den Augenlidern bei leiser Berührung derselben. Die Augen sind in Schlafstellung, Arme und Beine verbleiben in den Stellungen, in welche man sie bringt. Man erweckt die Kranke aus dem Anfall durch Vorhalten von Ammoniak, nachdem Luft- und Ätherspray sowie Siphon wirkungslos waren.

24. Januar 1885. In der Frühe trat wieder ein kataleptischer Anfall auf, der nach 1 1/2 Stunden durch Vorhalten von Ammoniak beendet wurde. Während dieses absichtlich in die Länge gezogenen Anfalls kam die Kranke zur klinischen Vorstellung und sind aus derselben dem Vorgesagten folgende Beobachtungen anzufügen: der Kiefer ist passiv frei beweglich, die Zunge nicht zurückgezogen. Der Bauch fühlt sich weich an. Der fast vertikal über den Kopf gehobene rechte Arm bleibt 10 Minuten lang ruhig in dieser Stellung, ohne zu zittern, wie denn die Kranke überhaupt während des ganzen Anfalls nicht zittert. Nach Ablauf von 10 Minuten zittert der erhobene Arm, nach 20 Minuten ist er etwas gesunken und zittert sehr stark. Nach dem Anfall weiss Patientin nichts von dem Vorgefallenen.

Am 28. Januar tritt wieder ein kataleptischer Anfall auf, nachdem am Abend vorher plötzliche Heiserkeit aufgetreten war. Als Ursache derselben findet man eine combinirte Lähmung der Thyreo-arytænoidei und Crico-arytænoidei laterales. Am Mundboden, direct unter der Haut, erheben sich 2 flache, glatte, verschiebbare Knötchen, die bei Druck schmerzhaft sind. Die Kranke ist jeden Tag einige Stunden ausser Bett und weint regelmässig, wenn man sich ihr mit Fragen nähert, aber auch nur dann. Sie wird endlich am 1. März 1885 auf ihren Wunsch entlassen, nachdem sie gelernt hat, ihren Zungenkrampf selbst durch Anblasen mittelst eines kleinen Ballons zu coupiren. Die kataleptischen Anfälle, die übrigens in letzter Zeit seltener in die Erscheinung treten, lassen sich durch Kitzeln an der Fusssohle stets abschneiden.

3. Fall. Derselbe ist von mir selbst beobachtet worden und zeichnet sich durch ganz besonders charakteristische Symptome aus. Patient ist der 20 Jahre alte Steinhauer Karl F.

Die Familienanamnese ergibt nur insofern Beachtenswertes, als der Vater gleich unserm Kranken fortwährend mit Kopfschmerzen, die ihren hauptsächlichen Sitz in der Gegend der Scheitelbeine haben, geplagt ist. Unser Patient zeichnet sich durch ganz ausserordentlich stark entwickelten Körperbau aus. Die Knochen sind dick, der Brustkorb stark gewölbt, die Muskulatur stark, die Oberarme fast die eines Athleten. Die Erkrankungen, die er durchgemacht, liegen sämtlich in der Geschlechtssphäre. Das mit ihm angestellte Examen scheint zu ergeben, dass er mehreremal an Tripper und je einmal an Chanker und Bubo gelitten habe. Er ist vom Lande gebürtig und will von Jugend auf immer schwere Arbeit verrichtet haben. Gleichwohl befiel ihn von Zeit zu Zeit eine unbezwingliche Arbeitsunlust seit den letzten Jahren, gepaart mit Mutlosigkeit und Verzweiflung, so dass er sich öfters mit dem Gedanken getragen habe, im Walde den Erhängungstod zu suchen.

Patient wird am 4. December 1889 von der Arbeit weg in bewusstlosem Zustande in die hiesige medicinische Klinik verbracht. Sein Begleiter weiss nur sehr spärliche Angaben über den Beginn des Anfalls zu machen. Dieselben beschränken sich auf folgende Angaben, nachdem ich noch vorausgeschickt haben will, dass Patient vor einem Jahre einen dem jetzigen Anfall ähnlichen gehabt, acht Wochen in einem Hospital gelegen und drei Wochen an dem Verlust der Sprache gelitten habe. Bis gestern (3. December 1889) soll sich Karl F. vollkommen gesund gezeigt haben, er arbeitete bis Abends und sein Begleiter, der mit ihm zusammenwohnt, will nichts Auffälliges an ihm gemerkt haben. In der verflossenen Nacht habe derselbe ruhig geschlafen. Am folgenden Morgen (Tag der Aufnahme) habe Patient gegen 8 Uhr begonnen, am ganzen Leibe zu zittern und um sich zu schlagen, mit den Augen zu zwinkern und mit

den Zähnen zu knirschen. Auf die an ihn gerichteten Fragen sei keine Antwort erfolgt.

Bei der Aufnahme fällt zunächst eine beschleunigte Atmung auf, circa 60 Atemzüge im der Minute. Patient zittert am ganzen Körper und schlägt mit den Händen um sich. Auf Fragen und Zurufe reagirt er anfänglich gar nicht; die Augen hält er meist geschlossen, dazwischen zeigt sich ein lebhaftes Zucken der oberen Augenlider. Öffnet er die Augen, so rollen die Bulbi unruhig hin und her. Die Untersuchung des Herzens ergibt normale Befunde, die Herzaction ist nicht beschleunigt.

Ein Versuch, den Kranken zu hypnotisiren, gelingt im Krankensaale ausserordentlich leicht, in längstens zwei Minuten.

Es wird zu dem Zwecke ihm ein glänzender Gegenstand vorgehalten und also verfahren: „Sehen Sie hierher (er gehorcht zunächst nicht), scharf hierher sehen! Nun werden Sie gleich schlafen, Sie müssen schlafen u. s. w., so, Sie schlafen jetzt ganz fest.“

Der also Angeherrschte gibt ganz die Anzeichen eines Menschen, den das Schlafbedürfnis überwältigt, er sinkt in Schlaf. „So, jetzt schlafen Sie bis heute Mittag!“

Er schläft bis 3 ½ Uhr Nachmittags ganz ruhig; dann erwacht er für wenige Augenblicke, wirft sich wieder unruhig im Bette herum, fuchtelt mit den Händen, öffnet und schliesst den Mund und schnalzt mit der Zunge. Darauf schläft er bis 6 Uhr weiter. Des Abends liegt er durchaus ruhig im Bette, versteht alles, was man mit ihm spricht — wie er durch Zeichen zu erkennen gibt —, ist aber nicht zum Sprechen zu bewegen. Die Frage, ob er Schmerzen habe, beantwortet er mit Kopfschütteln. Die Pupillen zeichnen sich durch stürmische

Reaction aus, die Lider durch eigentümliches Blinzeln und Zittern.

5. Januar 1885. Patient liegt bei meinem Besuch, den ich des Morgens machte, ruhig im Bette und zeigt für alle an ihn gestellten Fragen rege Aufmerksamkeit. Die Aufforderung zu sprechen beantwortet er kopfschüttelnd und allen Versuchen, ihn durch Überraschen zum Hervorbringen eines Lautes zu bewegen, begegnet er mit schmerzlichem Lächeln. Auf die rasch gestellte Frage: „Wie heissen Sie denn mit Vornamen?“ macht er die Bewegung des Schreibens, erbittet sich sonach Schreibmaterial. Auf einem dargereichten Blatt Papier schreibt er sodann in mässig unruhigen Zeichen, doch ganz leserlich, seinen Vor- und Familiennamen, Alter, Stand und Geburtsort auf. Darauf bricht er in Weinen aus, ohne dabei aber in Schluchzen überzugehen.

Es besteht also auch bei diesem Act die Unmöglichkeit, einen Laut hervorzubringen. Die Aufnahme des Gesichtsfeldes ergibt nach mehrfachen Aufnahmen eine nur unbeträchtliche Einengung auf dem linken Auge.

Bei der Prüfung der Sensibilität fällt die hochgradig gesteigerte Hyperästhesie, sogar bei der Anwendung des Haarpinsels, an vielen Stellen auf, während sich ausgesprochene Anästhesie nirgendwo bemerkbar macht.

Die Hyperästhesie findet sich nach abwärts steigend, sehr stark am Bauch, stärker am rechten Oberschenkel als am linken, dagegen am Unterschenkel und an den Füssen umgekehrt und schwächer. Die rechte Infrascapulargegend zeigt bei gleichmässiger Berührung mit dem Haarpinsel sogar stärkere Hyperästhesie als die linke, etwas weiter abwärts sind die Verhältnisse wieder umgekehrt. Stärkeres Betupfen mit dem Haarpinsel und erst recht mit dem Stecknadelkopf führen an den bezeichneten besonders empfindlichen Stellen Contracturen sowie Gesichtsverzerrungen mit dem Ausdruck des leb-

haftesten Schmerzes herbei. Ganz besonders auffallend sind die ausserordentlichen gesteigerten Praepatellar-Reflexe, die schon bei mässigem Anschlagen mittelst eines Fingers in die Erscheinung treten. Anderweitige Untersuchungen liefern folgende Resultate: Gewichtssinn: in der linken Hand um ein Geringes, im Verhältnis von 200 : 175, stärker als in der rechten Hand. Es mag aber diese Erscheinung in einem Causelnexus zu der von E. H. Weeber nachgewiesenen grösseren Tastempfindlichkeit der linksseitigen Körperhälfte stehen. Geruch: derselbe ist fast gänzlich aufgehoben, wobei aber zu betonen ist, dass Patient mit chronischem Nasenkatarrh behaftet ist. Ebenso ist der Geschmack insofern verloren gegangen, als dem Kranken alles bitter schmeckt. Gehör: auf der linken Seite schwächer als auf der rechten. Geometrische Körper erkennt der Kranke beiderseits sicher und ziemlich rasch.

Am 10. December 1889 wurde Patient faradisirt und stellt sich daraufhin sofort die Sprache ein, ebenso ist die Hyperästhesie um ein Bedeutendes gesunken. Doch vollzieht sich die Sprache noch im Flüstertone. Nachdem er zweimal faradisirt worden war, stellte sich die Sprache laut ein, wenn auch in Verbindung mit einer gewissen Heiserkeit. Der Kranke wird ungeduldig, opponirt energisch gegen jeden weiteren Versuch, ihn zu faradisiren und entzieht sich der ferneren Beobachtung durch seinen am 2. Januar 1890 bewerkstelligten Austritt aus dem Krankenhause.

In der in- und ausländischen Literatur finden sich nicht besonders zahlreiche Fälle zusammengestellt, wie dies in der Natur der Sache liegt. Um meine Arbeit gewissermassen abzurunden und dem Leser das Suchen zu erleichtern, füge ich, ohne weitere Beschreibung, die mir zugänglich gewesenen Fälle kurz gereiht hier an:

4. Fall: Betrifft einen 19jährigen Arbeiter, dessen

Mutismus mit Chloroform erfolgreich behandelt wurde (conf. Schmidt's Jahrbücher, Bd. 151, pag. 209).

5. Fall. Marie Vielvoye aus Dison, 33 Jahre alt, wird mit allen Mitteln erfolglos behandelt, so dass auf ihren eigenen Wunsch die Heilung der Natur überlassen wird (conf. Schm. J. Bd. 45, pag. 251).

6. Fall. Mittheilung aus der Prager Klinik, wonach ein 26jähriges Mädchen mit Douchen vom Mut. hyst. geheilt wurde (conf. Schm. J. Bd. 68, pag. 112).

7. Fall. Bericht des Dr. Löbel aus Wien über Heilung von 3 Hysterischstummen mittelst Inhalationen von Ammon. carbon. (conf. Schm. J. Bd. 137, pag. 251).

Die weiteren Fälle sind dem grossen Werke „Index Catalogue of the library of the Surgeon-General's office, United States, Army" entnommen.

Sie sind:

8. Fall. Beobachtet durch Béhier: Note sur un cas de mutisme hyst. suivi de guérison. Abeille méd. Par. 1876. XXXIII. 89-91.

9. Fall. Mitgeteilt von Bellin: ein Fall hysterischer Stummheit, Berl. Klinisch. Wochenschr. 1874, XI, 462, 472.

10. Fall. Beobachtet von Bérthier: mutisme hyst. Gaz. d. hôp. Par. 1864. XXXVII, 270.

11. Fall. Beobachtet von Herpin: Mut. hyst., Union méd. Par. 1864, 292-296.

12. Fall. Beobachtet von Lionville & Debove: un cas de mut. hyst. suivi de guérison. Progrès méd. Par. 1876.

13. Fall. Beobachtet durch Richter: Periodische hyst. Sprachlosigkeit. Med. Zeitung, Berlin 1833, II, 115.

14. Fall. Mitgeteilt von Saurel: Alalie supprimée par une éthérisation directe de l'uterus. Revue de thérap. du midi, Montpel. 1857, XI, 517-519.

15. Fall. Derselbe ist in jüngster Zeit in Berlin von einem Unterarzt der Charité, Lorentz, als Vorwurf zur Dissertation über mutism. hyst. veröffentlicht worden. Heilung erfolgte durch Faradisation.

Benutzte Literatur.

1. **v. Ziemssen**, Handbuch XII, 2 (Jolly).
2. **Charcot**, Vorlesungen über Nervenkrankheiten.
3. **Seeligmüller**, Krankheiten des Rückenmarks u. Gehirns. 1887.
4. Berl. Klin. Wochenschrift XXVII. Jahrg. Nr. 25.
5. **Schmidt's** Jahrbücher.
6. Index-Catalogue of the library of the Surgeon-General's office, United States Army.